



Het verschil in angst tussen klinisch depressieve adolescenten en adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking.

Bachelorthesis
Universiteit Utrecht

Studenten:	Mirjam Damsteegt	3902293
	Britt Ketelaar	3939030
	Karen Oost	3465977
	Anna Wróblewska	3466272

Begeleidster:	Drs. A. M. Kerkhof
Inleverdatum:	31-05-2013

Abstract

Achtergrond: Angst is een veelvoorkomend verschijnsel in de adolescentie. Daarnaast heeft angst een hoge mate van comorbiditeit met depressie. Angst lijkt vaker voor te komen bij meisjes dan bij jongens. Tevens heeft angst een ontwikkelend karakter, waardoor de mate van angst per leeftijdsgroep verschillend is. Door de negatieve cognities kan angst, maar ook depressie, een negatieve invloed hebben op het academisch functioneren. **Doel:** Deze studie onderzoekt wat het verschil in angst is tussen klinisch depressieve adolescenten en adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking. **Method:** De data is verzameld aan de hand van de door adolescenten (12-21 jaar) ingevulde vragenlijsten: *Children's Depression Inventory* (CDI), de verkorte versie van de *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED-5) en de verkorte Schoolvragenlijst (SVL). **Resultaten:** Klinisch depressieve adolescenten rapporteren een hogere mate van depressie- en angstsymptomen. Er is een positieve en significante samenhang tussen de mate van depressieve symptomen en de mate van angst. Daarnaast blijken meisjes uit de algemene Nederlandse bevolking een hogere mate van angst te rapporteren dan jongens. Er is geen enkel significant verschil gevonden voor de leeftijdsgroepen in de algemene Nederlandse bevolking. Bij de klinische adolescenten blijkt de relatie tussen schoolprestaties en de mate van angst positief, maar niet significant. Bij de algemene Nederlandse bevolking blijkt deze relatie negatief en significant. **Discussie:** De resultaten uit deze studie dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Omdat de klinisch depressieve steekproef klein is zijn de resultaten niet te generaliseren naar de klinisch depressieve populatie.

Background: Anxiety is a common phenomenon in adolescence. It also has a high degree of comorbidity with depression and it appears to be more common in girls than in boys. Anxiety is a developing disorder, therefore the amount of anxiety differs by age. Anxiety and depression can have a negative influence on the academic functioning. This is caused by negative cognitions. **Aim:** The current study examined the difference in anxiety between clinically depressed adolescents and adolescents from the general population. **Method:** Both groups completed the *Children's Depression Inventory* (CDI), the shortened version of the *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED-5) and also the shortened version of the *Schoolvragenlijst* (SVL). **Results:** Clinically depressed adolescents reported a higher level of depressive symptoms and anxiety. A positive and significant correlation has been found between depressive symptoms and the level of anxiety. The results also show that girls from the general Dutch population showed a higher amount of anxiety than boys. No significant result has been found for the age groups in the general Dutch population. There is a positive correlation among clinical adolescents between functioning at school and the amount of

anxiety, however, this correlation is not significant. Among the general Dutch population this correlation is negative and significant. **Discussion:** The results of this study have to be interpreted with caution. The results cannot be generalized to the clinically depressed population, because the clinically depressed sample size was small.

Inleiding

Angst is een veelvoorkomend probleem in de adolescentie. De adolescentiefase wordt gekenmerkt door een overgang van kindertijd en afhankelijkheid naar volwassenheid en onafhankelijkheid. Er is geen vaste indicator voor het begin en het einde van de adolescentie fase waardoor het moeilijk is vaste leeftijdsgrenzen aan te geven (Spear, 2008). In deze studie wordt onderzocht wat het verschil in mate van angst is tussen klinisch depressieve adolescenten en adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking van 12 tot en met 21 jaar.

In de adolescentie vinden er belangrijke veranderingen plaats op biologisch, psychologisch en sociaal gebied. De adolescentie is hierdoor een kritische periode voor de ontwikkeling van angst (Kendall & Ollendick, 2004; Masten, 2004). Verschillende studies benoemen angst als een veelvoorkomend verschijnsel in de adolescentie (Merikangas et al., 2010; Walkup et al., 2008). Ongeveer 2.5% tot 5% van de Nederlandse kinderen en adolescenten voldoen aan de criteria van een angststoornis. Daarnaast ondervindt ongeveer 20% van de adolescenten symptomen van angst zonder aan de criteria van een angststoornis te voldoen (Hale, Raaijmakers, Muris, Hoof, & Meeus, 2008).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen angstgevoeligheid en angststoornissen. Angstgevoeligheid verwijst naar de angst voor het ervaren van symptomen van angst zoals een verhoogde hartslag, beven en kortademigheid. Dit kan leiden tot een hoge mate van angstsymptomen en mogelijk tot een angststoornis. Angstgevoeligheid voorspelt in de adolescentie voornamelijk de kans op het ontwikkelen van een paniekstoornis (Taylor, 1995).

Wanneer er gesproken wordt over een angststoornis dient er aan een aantal criteria voldaan te zijn (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Tekst Revision [DSM-IV-TR]; American Psychiatric Association [APA], 2000). Het voornaamste kenmerk van een angststoornis is de aanwezigheid van buitensporige angst en bezorgdheid. De angst die wordt ervaren heeft geen reële grond en er worden sociale problemen door ondervonden. Bij adolescenten kan deze angst zich uiten op fysiologisch, cognitief en gedragsmatig gebied. Er zijn verschillende angststoornissen te onderscheiden. Het classificatiesysteem is relevant voor het diagnosticeren van angststoornissen. Echter geeft het weinig informatie over symptomen van angst indien men niet aan de diagnostische criteria voldoet. Tevens geeft het weinig informatie over mogelijke behandeling, indien de persoon alleen angst symptomen ervaart en niet aan de criteria voldoet (Van Oort, Greaves-Lord, Verhulst, Ormel, & Huizink, 2009).

Bij kinderen, adolescenten en volwassenen wordt een depressieve stoornis op dezelfde manier gediagnosticeerd. De diagnose is gebaseerd op symptomen zoals een depressieve stemming, gewichtsafname, verlies van interesse of plezier, slaapproblemen en rusteloosheid. Bij adolescenten kan in plaats van een depressieve stemming en het

verlies van interesse of plezier, het symptoom prikkelbaarheid meegenomen worden (Hankin, 2006). Volgens Birmaher, Ryan, Williamson, Brent en Kaufman (1996) heeft 20% van de adolescenten wel eens een depressieve episode meegemaakt. Dit maakt depressie de meest voorkomende stoornis in de adolescentie.

Angst heeft een hoge comorbiditeit met depressie (Grant et al., 2006; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). Verschillende studies suggereren dat meer dan de helft van de mensen met een depressie ook voldoen aan de diagnostische criteria van een angststoornis (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Kleinman & Riskind, 2012). Diverse factoren kunnen de veelvoorkomende comorbiditeit van depressie en angst bij adolescenten verklaren zoals negatieve emotionaliteit en gemeenschappelijke etiologische factoren. Tevens worden depressie en angst beide gekenmerkt door negatieve cognities en fouten in de informatieverwerking (Dozios & Beck, 2008; Garber & Weersing, 2010). Op basis hiervan wordt verwacht dat klinisch depressieve adolescenten een hogere mate van angst rapporteren (1).

Meisjes zijn kwetsbaarder voor angst gerelateerde gevoelens dan jongens (McLean & Anderson, 2009). Uit het onderzoek Van Brakel, Muris, Bögels en Thomassen (2006) onder Nederlandse adolescenten blijkt dat meisjes significant hoger scoren op angstsymptomen dan jongens, gemeten aan de hand van de SCARED. Meisjes beoordelen zichzelf als meer onveilig gehecht aan hun ouder of verzorger en voelen zich vaker bedreefd. Tot slot scoren meisjes hoger op gedragsinhibitie, dit houdt in dat zij de neiging hebben om angst en terugtrekking te vertonen in situaties die onbekend zijn. Van Oort, Ormel en Verhulst (2012) hebben eveneens angstsymptomen bij Nederlandse adolescenten onderzocht. Hieruit blijkt dat meisjes op elke leeftijd hoger scoren op angstsymptomen en dat deze symptomen in de vroege adolescentie eerst afnemen, waarna ze vanaf de leeftijd van 15 jaar weer licht toenemen. Ouder-kindfactoren en opvoedingsfactoren spelen bij meisjes een grotere rol in de ontwikkeling van angst (Letcher, Sanson, Smart, & Toumbourou, 2012). Hieruit komt de verwachting naar voren dat meisjes een hogere mate van angst rapporteren dan jongens (2).

De prevalentie van angst blijft redelijk constant in de ontwikkeling, echter wordt er ook gesuggereerd dat de mate van angst in de latere adolescentie toeneemt ten opzichte van de vroege adolescentie (Canino et al., 2004; Van Oort et al., 2009). Angst heeft namelijk een ontwikkelend karakter. Dit houdt in dat er veranderingen plaatsvinden in vorm van symptomen, intensiteit en frequentie van angstsymptomen. De vroege adolescentie loopt van het twaalfde tot en met het vijftiende levensjaar. De late adolescentie loopt vanaf het zestiende tot en met het achttiende levensjaar (Gullone, 2000; Hale et al., 2008). In de periode na de late adolescentie vinden nog vele transitieplaatsen plaats. Deze fase loopt tot en met het eenentwintigste levensjaar. Het is belangrijk om ook de leeftijdsgroep jongvolwassenheid te onderzoeken omdat in deze periode

problemen met de mentale gezondheid een grote invloed kunnen hebben op verdere educatie, werk en relaties (Arnett, 2011; Dorn, Dahl, Woodward, & Biro, 2006). Het onderscheid tussen deze groepen zorgt ervoor dat er specifiek onderzoek gedaan kan worden naar interventies, preventie en etiologie (Costello, Copeland & Angold, 2011). Symptomen van de meeste angststoornissen komen vaker voor in de vroege adolescentie dan in de late adolescentie. Een uitzondering is de gegeneraliseerde angststoornis (Hale et al., 2008; Leikanger, Ingul, & Larsson, 2012). De meeste symptomen zijn minder in de jongvolwassenheid dan in de adolescentie (Costello et al., 2011). De verwachting is dat vroeg adolescenten de hoogste mate van angstsymptomen en jongvolwassenen de minste mate van angstsymptomen rapporteren (3).

Tevens blijkt dat angst, maar ook depressie een negatieve invloed kan hebben op het dagelijkse functioneren (Owens, Stevenson, Hadwin, & Norgate, 2012; Van Ameringen, Mancini, & Farvolden, 2003). Angst en depressie worden namelijk beiden gekarakteriseerd door negatieve cognities en fouten in de informatieverwerking (Dozois & Beck, 2008). Bij depressie nemen deze negatieve cognities de vorm van piekeren aan. Deze vorm van bezorgdheid wordt ook vaak gelinkt aan depressie (Muris, Roelofs, Rassin, Franken, & Mayer, 2005). Een hoge mate van bezorgdheid beperkt het werkgeheugen met mindere schoolprestaties als gevolg (Hayes, Hirsch, Mathews, 2008; Owens, Stevenson, Norgate, & Hadwin, 2008; Owens et al., 2012).

Naast het feit dat problemen op het gebied van academisch functioneren een gevolg zijn van depressie en angst, is het ook een oorzaak van angst en depressie symptomen. Valas (1999) onderzocht onder leerlingen van 10 tot 16 jaar wat voor gevolgen het heeft wanneer de leerling een leerbeperking heeft of beneden gemiddeld presteert. De leerlingen met een leerbeperking voelen zich minder geaccepteerd, hebben een lager zelfbeeld en voelen zich vaker alleen. Leerlingen die beneden gemiddeld presteren voelen zich eveneens minder geaccepteerd, hebben een lager zelfbeeld en voelen zich meer depressief. Thaler, Kazemi en Wood (2010) bevestigen dat adolescenten met een leerbeperking vaak symptomen van angst vertonen en gediagnosticeerd worden met een angststoornis. Er lijkt dus een negatieve relatie te bestaan tussen schoolprestaties en mate van angst. Verwacht wordt dat deze relatie sterker is bij klinisch depressieve adolescenten (4).

In deze studie worden de klinische depressieve adolescenten en de adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking vergeleken op de hoeveelheid angstsymptomen. De informatie die hieruit voortkomt, zal een aanvulling zijn op de literatuur over angstsymptomen bij adolescenten. Het zal in het bijzonder een aanvulling zijn op de literatuur over klinisch depressieve adolescenten, gezien daarbij tot op heden voornamelijk de focus lag op de comorbiditeit met angststoornissen in plaats van de mate van angstsymptomen. Meer kennis over de mate, verschijningsvorm en de

mogelijke gevolgen op academisch gebied van angstsymptomen bij beide onderzoeksgroepen, geeft naar verwachting implicaties voor de behandeling hiervan. Tevens wordt verwacht dat dit onderzoek verschillende aanknopingspunten voor verder onderzoek zal geven.

Methode

Participanten

De steekproef van adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking bestaat uit 562 respondenten, waarvan 66.90% vrouw (376) en 33.09% man (186). De gemiddelde leeftijd van de mannelijke respondenten is 15.91 jaar met een standaarddeviatie van 2.81. De gemiddelde leeftijd van de vrouwelijke respondenten is 16.71 jaar met een standaarddeviatie van 2.97. Van alle respondenten uit de algemene Nederlandse bevolking is de gemiddelde leeftijd 16.44 jaar met een standaarddeviatie van 2.94. Zowel bij de jongens als bij de meisjes, was de minimum leeftijd 11 jaar en de maximum leeftijd 21. De steekproef van de adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking bestaat voor 91.82% uit adolescenten met de Nederlandse nationaliteit.

De steekproef van adolescenten gediagnosticeerd met een klinische depressie bestaat uit 34 respondenten, waarvan 85.29% vrouw (29) en 14.71% man (5). De gemiddelde leeftijd van de mannelijke respondenten is 16.20 jaar met een standaarddeviatie van 1.89. De gemiddelde leeftijd van de vrouwelijke respondenten is 16.03 jaar met een standaarddeviatie van 1.92. Van alle respondenten uit de klinische depressieve bevolking is de gemiddelde leeftijd 16.06 jaar met een standaarddeviatie van 1.87. De minimum leeftijd was voor de vrouwelijke respondenten 13 jaar en de maximum leeftijd 21 jaar. Voor de mannelijke respondenten was de minimum leeftijd 14 jaar en de maximum leeftijd 18 jaar. De steekproef van de klinische depressieve adolescenten bestaat voor 88.24% uit adolescenten met de Nederlandse nationaliteit.

Procedure

Er is bij dit toetsende onderzoek gebruik gemaakt van een steekproef van adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking waarbij 562 respondenten op vrijwillige basis een vragenlijst hebben ingevuld. De procedure is voor alle respondenten hetzelfde verlopen. De vragenlijsten zijn door de adolescenten zelfstandig ingevuld. Er dient een toestemmingsformulier ondertekend te worden door de respondent. Indien deze jonger is dan 18 jaar zal dit formulier ook door een ouder ondertekend moeten worden. Door ondertekening van dit formulier geven ouders en respondenten aan dat zij begrijpen wat het doel is van het onderzoek en dat zij weten dat de gegevens anoniem verwerkt worden. Er wordt benadrukt dat er vertrouwelijk met de gegevens wordt omgegaan.

Tevens is de vragenlijst afgenomen bij 34 adolescenten met een klinisch depressieve stoornis. In een multi-center trial zal een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) worden uitgevoerd, waarbij adolescenten zijn verworven uit veertien GGZ

instellingen verspreid over Nederland. Indien stemmingsproblemen op de voorgrond lijken te staan tijdens het intakegesprek, wordt gevraagd of de adolescenten willen deelnemen aan dit onderzoek. Een belangrijke voorwaarde is dat deze adolescenten de diagnose depressie moeten hebben.

In dit onderzoek worden verschillende constructen gemeten namelijk depressie, angst en schoolprestaties. Een depressieve stoornis bij adolescenten wordt gekenmerkt door een depressieve stemming gedurende de hele dag, afname van plezier in activiteiten en prikkelbaarheid. Angst wordt gekenmerkt door het vermijden van activiteiten en negatieve gevoelens en gedachtes. Dit kan zich uiten in bezorgdheid en piekeren. Schoolprestaties zijn de cijfers die adolescenten behalen op verschillende vakken.

Meetinstrumenten

In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van verschillende vragenlijsten om de constructen te meten. Voor het meten van angst is een verkorte versie van de SCARED gebruikt namelijk de SCARED-5. Om depressie te meten wordt er gebruikt gemaakt van de CDI. Voor het meten van schoolprestaties is een verkorte versie van de SVL afgenomen.

SCARED-5. De SCARED-5 is ontworpen door Birmaher (Birmaher et al., 1997). De vragenlijst meet angststoornissen bij kinderen en adolescenten van 9 tot 18 jaar. Er zijn vijf items en elk item staat voor één van de vijf angststoornissen, zodat deze alle vijf gerepresenteerd worden. Het item bestaat uit een stelling zoals 'Ik word echt bang zonder dat daar een reden voor is'. Er wordt gescoord aan de hand van een driepuntschaal, waarbij nul staat voor 'niet waar of bijna niet waar', één voor 'soms waar' en twee voor 'waar of vaak waar'. De stellingen moeten betrekking hebben op de afgelopen drie maanden (Birmaher et al., 1997; Birmaher, 1999).

De SCARED-5 heeft een goede interne consistentie en begripsvaliditeit. Dit geldt zowel voor het onderscheiden van angst van andere stoornissen of geen stoornis als voor het onderscheiden van de verschillende angststoornissen binnen de vragenlijst (Birmaher et al., 1999). De SCARED-5 kan gekwalificeerd worden als matig betrouwbaar met een Cronbachs alfa van .62. Er is echter wel verder onderzoek voor nodig om dit vast te kunnen stellen (George & Mallery, 2011).

CDI. De CDI is ontwikkeld door Kovacs in 1992 (Commissie Test Aangelegenheden Nederland [COTAN], 2009). De vragenlijst is een aanpassing van de *Depression Inventory* voor volwassenen ontwikkeld door Beck in 1979 (Smucker, Craighead, Wilcoxon-Craighead, & Green, 1986).

De CDI bevat 28 items gericht op cognitieve-, affectieve- en gedragsymptomen van depressie bij kinderen en adolescenten tussen de 7 en 17 jaar (Finch, Saylor, Edwards & McIntosh, 1987; Timbremont, Braet & Dreessen, 2004). De CDI meet de ernst van de depressieve stemming (Nederlands Jeugd Instituut [NJI], 2002). Er wordt

gescoord aan de hand van een drie-puntschaal: nul staat voor de afwezigheid van een symptoom, één representeert de mate van een mild symptoom en twee geeft aan dat er sprake is van een duidelijk symptoom (NJI, 2002). De scores worden in de vragenlijst gerepresenteerd door stellingen. De respondent selecteert de stelling die het best bij hen past in de afgelopen twee weken (Timbremont et al., 2004). Een voorbeeld van een item uit de CDI kan bestaan uit de volgende drie stellingen: 'Ik heb plezier in veel dingen', 'Ik heb plezier in sommige dingen' en 'Ik heb nergens plezier in'. Met een Cronbachs alfa van .91 heeft de CDI een hoge betrouwbaarheid (George & Mallery, 2011).

SVL. Deze vragenlijst is ontworpen door Vorst (2000). Het meet het sociaal-emotioneel functioneren en de betrokkenheid bij school van kinderen van 9 tot 16 jaar. Er wordt informatie gegeven over hoe de houding van de leerling is ten aanzien van de schooltaken, het schoolleven en van de eigen capaciteiten.

De originele test bestaat uit 160 items/stellingen op drie schalen namelijk werkhouding, het welbevinden en het zelfvertrouwen. Voor de antwoordmogelijkheden wordt gebruikt gemaakt van een vijf punt Likertschaal. Er kan gekozen worden tussen 'zeer slecht', 'meestal slecht', 'niet slecht/goed', 'meestal goed' en 'zeer goed'. Een voorbeeld vraag over de schaal werkhouding is 'Hoe goed ging het de afgelopen week met het maken van huiswerk?' en voor de schaal welbevinden 'Hoe goed heb je het naar je zin op school?' De schaal zelfvertrouwen komt in de aangepaste vragenlijst niet voor. Met een Cronbachs alfa van .70 kan betrouwbaarheid van de SVL gekwalificeerd worden als acceptabel (George & Mallery, 2011).

In de gehele vragenlijst kunnen heftige vragen voorkomen. Indien een adolescent naar aanleiding hiervan zich zorgen maakt over angstige of sombere gevoelens wordt aangeboden om contact op te nemen met een psychotherapeute en klinisch psycholoog. Tevens wordt er verwezen naar een website om online te praten over deze gevoelens. Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de vragenlijst ethisch is ten opzichte van de respondenten.

Strategie van analyse

Voorafgaand aan het toetsen van de hypotheses wordt een eenweg ANOVA uitgevoerd waarbij getoetst wordt of de klinisch depressieve adolescenten een hogere mate van depressieve symptomen rapporteren dan de adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking. Alle toetsen zullen worden uitgevoerd met een significantieniveau van .05.

Klinisch depressieve adolescenten rapporteren een hogere mate van angst dan adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking.(1)

Deze hypothese wordt getoetst middels een eenweg ANOVA. Twee onafhankelijke groepen worden vergeleken op de gemiddelde score op de afhankelijke variabele. De afhankelijke variabele is de mate van angst. Om te toetsen of er een relatie is tussen de mate van depressie en de mate van angst wordt de Pearson correlatie berekend.

Meisjes uit de algemene Nederlandse bevolking rapporteren meer angst dan jongens uit de algemene Nederlandse bevolking. (2)

Een eenweg ANOVA zal jongens en meisjes vergelijken op de factor angst. Om de samenhang tussen de mate van depressieve symptomen en de mate van angst vast te stellen wordt de Pearson correlatie berekend. Een t-toets zal aangeven of de correlaties significant verschillen. Voor deze hypothese wordt de klinisch depressieve groep niet meegenomen aangezien de steekproef te klein is wanneer er wordt gesplitst op sekse.

Vroeg adolescenten rapporteren de hoogste mate van angst en jong volwassenen rapporteren de minste mate van angst. (3)

Middels een eenweg ANOVA worden de drie groepen vergeleken met als factor leeftijd. De afhankelijke factor is de mate van angst. Indien de ANOVA een significant resultaat geeft zal er een Tukey-Post-Hoc toets uitgevoerd worden. Er wordt een Pearson correlatietoets uitgevoerd om te kijken of er een samenhang is tussen leeftijd in jaren en mate van angst. Ook bij deze hypothese wordt de klinisch depressieve groep buiten beschouwing gelaten. Er onderscheid gemaakt tussen de vroege adolescentie (12-15 jaar), de late adolescentie (16-18 jaar) en de jongvolwassenheid (19-21 jaar).

Er is een negatieve samenhang tussen schoolprestaties en mate van angst en deze samenhang is sterker bij de klinisch depressieve adolescenten dan bij de algemene Nederlandse bevolking. (4)

Het eerste deel van de hypothese wordt getoetst door middel van een Pearson correlatie. Er wordt zowel een correlatie berekend voor de klinisch depressieve adolescenten als voor de algemene Nederlandse bevolking. Het tweede deel van de hypothese wordt onderzocht door de significantie te vergelijken van elke correlatie. Tot slot wordt er met een t-toets bepaald of de correlaties significant van elkaar verschillen.

Resultaten

Aan de hand van diverse analyses worden de hypothesen getoetst die opgesteld zijn naar aanleiding van de gevonden literatuur. Allereerst zijn het aantal ontbrekende waarden per vragenlijst voor de totale steekproef geanalyseerd. Bij de CDI zijn er 35 ontbrekende waarden (5,8%), bij de SCARED-5 zijn er acht ontbrekende waarden (1,3%) en de SVL heeft 75 ontbrekende waarden (12,5%). Dit zijn relatief lage percentages waardoor de analyses uitgevoerd kunnen worden. In tabel 1 worden de gemiddelde scores met standaarddeviaties van de twee belangrijkste vragenlijsten, de CDI en de SCARED-5, voor deze studie weergegeven.

Een ANOVA wordt uitgevoerd om te bepalen welke groep een hogere mate van depressieve symptomen vertoont. De voorwaarde van normale verdeling van de scores is geschonden, de verdeling is namelijk rechtsscheef. Voor de klinische onderzoeksgroep zijn de scores wel normaal verdeeld. Uit de ANOVA blijkt dat de gemiddelde score van de klinische groep significant verschilt van de gemiddelde score van de algemene

Nederlandse bevolking, $F(1, 561) = 147.55, p < .01$. In tabel 1 wordt deze ANOVA gerapporteerd met bijbehorende beschrijvende statistieken. Uit deze resultaten kan worden vastgesteld dat de klinisch depressieve adolescenten een significante hogere gemiddelde score op de CDI hebben dan de adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking.

Er is getoetst of klinisch depressieve adolescenten een hogere mate van angst vertonen dan adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking. De voorwaarde van de normale verdeling van de scores is geschonden. Wanneer de scores apart voor de onderzoeksgroepen geanalyseerd worden blijken de scores voor de klinische onderzoeksgroep normaal verdeeld. Tevens is de voorwaarde van homogeniteit geschonden, omdat de Levene's test significant is, $F(1, 586) = 59.24, p < .01$. Ondanks de geschonden voorwaarden wordt de ANOVA uitgevoerd. De resultaten tonen aan dat de klinisch depressieve adolescenten een significant hogere gemiddelde score op de SCARED-5 hebben dan de adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking, $F(1, 586) = 59.24, p < .01$. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1.

Beschrijvende statistieken en resultaten van de ANOVA, van de CDI en de SCARED

	Klinisch depressieve adolescenten		Algemeen Nederlandse adolescenten		<i>F</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
CDI	0.91	.30	0.28	.25	147.55*	.21
SCARED-5	1.77	.43	1.30	.32	59.24*	.09

Noot: * $p < .01$

Voor het uitvoeren van de Pearson correlatietoets is niet voldaan aan de voorwaarde van de normale verdeling en homoscedastiteit. Ondanks de geschonden voorwaarden is deze correlatie uitgevoerd. De correlatie tussen de mate van depressieve symptomen en de mate van angst is positief en significant, $r(557) = .53, p < .01$. Deze relatie wordt gekwalificeerd als een sterk effect (Gravetter & Wallnau, 2010).

Vervolgens is getoetst of meisjes uit de algemene Nederlandse bevolking een hogere mate van angst rapporteren dan jongens uit de algemene Nederlandse bevolking. Het buiten beschouwing laten van de klinisch depressieve respondenten heeft invloed op de Cronbachs alfa van de SCARED-5. De Cronbachs alfa van de SCARED-5 voor de algemene Nederlandse bevolking is .59. De beoordeling hiervan blijft hetzelfde, de vragenlijst is matig betrouwbaar (George & Mallery, 2011). Het aantal ontbrekende waarden in de SCARED-5 voor de algemene Nederlandse bevolking is vier (0.7%). Dit is een laag percentage waardoor de analyses uitgevoerd kunnen worden.

Voor het uitvoeren van de ANOVA is er niet voldaan aan de voorwaarde van de normale verdeling en de voorwaarde van homogeniteit. Er is sprake van een rechtsscheve verdeling en de Levene's test is significant, $F(1, 555) = 47.89, p < .01$. De ANOVA wordt uitgevoerd en demonstreert een significant verschil tussen de twee groepen, $F(1, 555) = 62.16, p < .01$. Meisjes rapporteren gemiddeld een hogere mate van angst ($M = 1.38, SD = 0.34$) dan jongens ($M = 1.16, SD = 0.20$). Ondanks dat de scores op de CDI en de SCARED-5, voor de gehele algemene Nederlandse steekproef en voor beide seksen apart, rechtsscheef verdeeld zijn, wordt de Pearson correlatie berekend. Er blijkt een significante positieve relatie te zijn tussen mate van depressieve symptomen en mate van angst bij zowel de jongens ($r(178) = .27, p = <.01$) als bij meisjes ($r(352) = .54, p = <.01$). Uit de t-toets blijkt dat de correlaties significant van elkaar verschillen, $t(532) = -3.55, p < .01, r^2 = 0.21$.

Tevens wordt er verwacht dat jong adolescenten de hoogste mate van angst rapporteren en dat jongvolwassenen de minste mate van angst rapporteren. De geschonden voorwaarden van de ANOVA zijn hetzelfde als de hierboven beschreven voorwaarden van de algemene Nederlandse bevolking. Uit de ANOVA blijkt dat er geen significant verschil is tussen de leeftijdsgroepen, $F(2, 544) = 4.94, p = .47$. Uit de Pearson correlatietoets blijkt dat er een positieve maar niet significante relatie is tussen mate van angst en leeftijd, $r(547) = .08, p = .06$. Aangezien de p -waarde dicht bij het significantieniveau ligt, is er sprake van een lichte trend. In tabel 2 zijn de beschrijvende statistieken weergegeven van de scores op de SCARED-5 voor de drie groepen.

Tabel 2.

Beschrijvende statistieken voor leeftijd en score op de SCARED-5 voor drie groepen

Leeftijdsgroep	Leeftijd			SCARED-5		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Vroeg adolescenten (12-15 jaar)	251	13.80	1.04	248	1.29	.31
Laat adolescenten (16-18 jaar)	128	17.19	.83	128	1.31	.33
Jongvolwassenen (19-21 jaar)	172	20.06	.83	171	1.32	.33
Totaal	551	16.54	2.88	547	1.30	.32

Voor het toetsen van schoolprestaties en de mate van angst is een ANOVA uitgevoerd waarbij aan alle voorwaarden voldaan is. Uit deze ANOVA blijkt dat de klinisch depressieve adolescenten gemiddeld lagere cijfers halen ($M = 2.83, SD = .86$) dan de adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking ($M = 3.62, SD = .85$). Het verschil in schoolprestaties tussen de groepen is significant, $F(1, 520) = 22.63, p < .01$. Het gemiddelde van de klinische depressieve adolescenten refereert aan een cijfer tussen de

vijf en zes en het gemiddelde van de algemene Nederlandse bevolking refereert aan een cijfer tussen de zes en zeven.

De SCARED-5 is bij de totale populatie niet normaal verdeeld, maar bij de klinisch depressieve adolescenten is de SCARED-5 wel normaal verdeeld. Daarnaast is er bij de totale steekproef geen lineaire relatie tussen de twee variabelen en er is niet voldaan aan homoscedasticiteit. Bij de klinische depressieve adolescenten is er echter wel een redelijke lineaire relatie gevonden tussen de twee variabelen. Ondanks de geschonden voorwaarden wordt er een Pearson correlatietoets uitgevoerd. Er blijkt een niet significante positieve samenhang te zijn tussen de twee variabelen bij de klinisch depressieve adolescenten, $r(26) = .29, p = .14$. De correlatie tussen de twee variabelen bij de algemene Nederlandse bevolking is daarentegen negatief en significant, $r(488) = -.20, p < .01$. Deze correlatie wordt gekwalificeerd als een klein effect (Gravetter & Wallnau, 2010). De relatie tussen de twee variabelen is sterker bij de algemene Nederlandse bevolking. Tevens is er berekend dat de correlaties significant van elkaar verschillen, $t(516) = 2.45, p < .05, r^2 = .03$.

Discussie

Het doel van de studie was om te onderzoeken wat het verschil in angst is tussen klinisch depressieve adolescenten en adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking in de leeftijd van 12 tot 21 jaar. Bij de gehele steekproef zijn er vragenlijsten afgenomen om de hypothesen te toetsen die opgesteld zijn naar aanleiding van de gevonden literatuur.

Allereerst werd verwacht dat de klinische depressieve adolescenten een hogere mate van angst rapporteren. De resultaten bevestigen deze verwachting. Tevens is er een sterke positieve relatie gevonden tussen de mate van depressieve symptomen en de mate van angst. Deze relatie zou verklaard kunnen worden door gezamenlijke onderliggende factoren van angst en depressie zoals negatieve emotionaliteit of mogelijke gemeenschappelijke etiologische factoren. Tevens worden beide gekenmerkt door negatieve cognities en fouten in de informatieverwerking (Dozios & Beck, 2008; Graber & Weersing, 2010).

Vervolgens werd verwacht dat meisjes een hogere mate van angst rapporteren dan jongens, aangezien uit diverse onderzoeken is gebleken dat meisjes significant meer angstsymptomen vertonen dan jongens (Letcher et al., 2012; Van Brakel et al., 2006). Uit de resultaten blijkt dat de meisjes inderdaad een significant hogere mate van angst rapporteren dan de jongens. Zowel voor jongens als voor meisjes is er een positieve significante relatie tussen depressieve symptomen en mate van angst. Voor meisjes blijkt deze samenhang sterker. Omdat angst en depressie dezelfde onderliggende factoren hebben en meisjes een hogere mate van kwetsbaarheid hebben op deze factoren is dit een verwachte samenhang (Dozios & Beck, 2008; Graber & Weersing, 2010; McLean & Anderson, 2009).

Angst heeft een ontwikkelend karakter, wat tot gevolg heeft dat er veranderingen plaatsvinden in de mate van angst. Veel van deze transitie vinden plaats tijdens de adolescentie of in de periode daarna, de jongvolwassenheid (Gullone, 2000; Hale et al., 2008). Op basis van deze literatuur is de verwachting dat vroeg adolescenten de hoogste mate van angst rapporteren en jongvolwassenen de laagste mate van angst rapporteren. Uit de verzamelde data is gebleken dat de jongvolwassenen juist de hoogste mate van angst rapporteren en de vroeg adolescenten de laagste mate. De verschillen tussen de groepen zijn niet significant, er is geen samenhang is tussen leeftijd en mate van angst. Er is echter wel sprake van een lichte trend. Dit is een opvallende bevinding, omdat de theorie veelal rapporteert dat vroeg adolescenten veelal de hoogste mate van angst ervaren. Enkel de symptomen van gegeneraliseerde angststoornis komen in hogere mate voor bij oudere adolescenten (Hale et al., 2008; Leikanger et al., 2012). Mogelijk zou dit resultaat te verklaren kunnen zijn, doordat de adolescentie een belangrijke fase is waarin de eigen identiteit wordt ontwikkeld (Klimstra, 2012). Tevens is uit onderzoek gebleken dat openheid toeneemt naarmate de adolescent ouder wordt (Klimstra, Hale, Raaijmakers, Branje, & Meeus, 2009). Mogelijk hebben de jongvolwassenen door hun verder gevorderde identiteitsontwikkeling meer zicht op hun gevoelens en gedachten dan de vroeg adolescenten. Daarnaast kan de toegenomen openheid tot gevolg hebben dat ze hun gevoelens beter kunnen rapporteren op de vragenlijsten.

Tot slot is uit diverse onderzoeken gebleken dat moeilijkheden op school leiden tot meer angstsymptomen. Kinderen die beneden gemiddeld scoren voelen zich ook depressiever dan kinderen die gemiddeld scoren (Grover et al., 2005; Valas, 1999; Thaler et al., 2010). Op basis hiervan werd er verwacht dat er een negatieve samenhang is tussen angst en schoolprestaties, die sterker is bij de klinische depressieve adolescenten dan bij de algemene Nederlandse bevolking. De gevonden resultaten verwerpen deze verwachting. Bij de adolescenten uit de algemeen Nederlandse bevolking is er echter wel een significante negatieve samenhang gevonden tussen de variabelen. Bij de klinisch depressieve adolescenten is er een positieve niet significante samenhang gevonden. Een hogere mate van angst lijkt te leiden tot hogere schoolprestaties. Dit is mogelijk te verklaren door het feit dat een adolescent met een hoge mate van angst vaak weinig sociale contacten heeft (Motoca, Williams, & Silverman, 2012). Hierdoor zou de adolescent meer tijd kunnen besteden aan zijn studie. Tevens nemen de negatieve cognities bij adolescenten met een depressie een vorm van bezorgdheid aan (Muris et al., 2005). Het blijkt dat een lichte mate van bezorgdheid kan juist leiden tot betere schoolprestaties (Siddique, LaSalle-Ricci, Glass, Arnkoff, & Diaz, 2006).

Beperkingen en aanbevelingen verder onderzoek

Deze studie heeft een aantal beperkingen. De klinisch depressieve onderzoeksgroep is wel representatief, maar een stuk kleiner dan de groep adolescenten uit de algemene

Nederlandse bevolking. Het wordt aangeraden om vervolgonderzoek te doen met een grotere klinisch depressieve groep om hier meer betrouwbare uitspraken over te kunnen doen. Omdat de klinisch depressieve onderzoeksgroep in deze studie te klein was als deze gesplitst werd op sekse, is deze onderzoeksgroep niet meegenomen bij dit onderwerp. Voor verder onderzoek wordt aangeraden om de verschillen tussen deze groepen in kaart te brengen. Hiervoor dient de steekproef van klinisch depressieve adolescenten van voldoende omvang te zijn, zowel voor jongens als voor meisjes.

Tevens wordt een relatief lage betrouwbaarheid gemeten voor de SCARED-5, waardoor de resultaten van dit onderzoek ook minder betrouwbaar worden. Hierom dient de mate van angst, in mogelijk vervolgonderzoek op een meer betrouwbare manier gemeten te worden. Tot slot kan er opgemerkt worden dat er weinig differentiatie is tussen de adolescenten uit de algemene Nederlandse bevolking. Immers, de respondenten zijn verworven uit de eigen kring van studenten van de Universiteit Utrecht. Mogelijk zorgt dit ervoor dat de respondenten een bepaald mentaal en intellectueel niveau hebben, waardoor de scores gemiddeld anders kunnen uitvallen op bijvoorbeeld schoolprestaties. Er wordt aangeraden om in een mogelijk vervolgonderzoek een aselechte steekproef te doen.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Arnett, J. J. (2011). Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage. In L. A. Jensen (Ed.), *Bridging cultural and developmental approaches to psychology: New syntheses in theory, research, and policy* (pp. 255–275). New York, NY: Oxford University Press.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): A replication study. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1230-1236. doi:10.1097/00004583-199910000-00011
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & McKenzie Neer, S. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 545-553. doi:10.1097/00004583-199704000-00018
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the 10 past years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1575-1583. doi:10.1097/00004583-199612000-00008
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 585-599. doi:10.1037/0021-843X.110.4.585
- Canino, G. J., Bird, H. R., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martinez, . . . Guevara, L. M. (2004). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry, 61*, 85-93. doi:10.1001/archpsyc.61.1.85
- Commissie Test Aangelegenheden Nederland (2009). Children's depression inventory. Verkregen via: <http://www.cotandocumentatie.nl/resultaten.php>
- Costello, E., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 1015-1025. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x
- Dorn, L. D., Dahl, R. E., Woodward, H. R., & Biro, F. (2006). Defining the boundaries of early adolescence: A user's guide to assessing pubertal status and pubertal timing in research with adolescents. *Applied Developmental Science, 10*, 30–56. doi:10.1207/s1532480xads1001_3

- Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression*. (pp. 121-143). Oxford: Elsevier.
- Finch, A. J., Saylor, C. F., Edwards, G. L., & McIntosh, J. A. (1987). Children's depression inventory: Reliability over repeated administrations. *Journal of Clinical Child Psychology, 16*, 339–341. doi:10.1207/s15374424jccp1604_7
- Garber, J., & Weersing, R. J. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 293–306. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01221
- George, D., & Mallery, P. (2011). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 18.0 update*. Boston: Allyn & Bacon.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., . . . Kaplan, K. (2006). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Alcohol Research & Health, 29*, 107-120.
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2010). *Statistics for the behavioral sciences* (9th ed.). Wadsworth: Cengage Learning
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review, 20*, 429-451. doi:10.1016/S0272-7358(99)00034-3
- Hale, W. W., III, Raaijmakers, Q., Muris, P., Hoof, A., van, & Meeus, W. (2008). Developmental trajectories of adolescent anxiety disorder symptoms: A 5-year prospective community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 556-564. doi:10.1097/CHI.0b013e3181676583
- Hankin, B. L. (2006). Adolescent depression: Diagnosis, treatment, and educational attainment. *Epilepsy & Behavior, 8*, 102-114. doi:10.1016/j.yebeh.2005.10.012
- Hayes, S., Hirsch, C., & Mathews, A. (2008). Restriction of working memory capacity during worry. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 712–717. doi:10.1037/a0012908
- Kendall, P. C., & Ollendick, T. H. (2004). Setting the research and practice agenda for anxiety in children and adolescence: A topic comes of age. *Cognitive and Behavioural Practice, 11*, 65–74. doi:10.1016/S1077-7229(04)80008-7
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kleinman, E. M., & Riskind, J. H. (2012). Cognitive vulnerability to comorbidity: Looming cognitive style and depressive cognitive style as synergistic predictors of anxiety

- and depression symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 1109-1114. doi:10.1016/j.jbtep.2012.05.008
- Klimstra, T. A. (2012). The dynamics of personality and identity in adolescence. (2012). *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 472-484. doi:10.1080/17405629.2012.673266
- Klimstra, T. A., Hale III, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Maturation of personality in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 898-912. doi:10.1037/a0014746
- Leikanger, E., Ingul, J. M., & Larsson, B. (2012). Sex and age-related anxiety in a community sample of Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 150-157. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00915
- Letcher, P., Sanson, A., Smart, D., & Toumbourou, J. W. (2012). Precursors and correlates of anxiety trajectories from late childhood to late adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 417-432. doi:10.1080/15374416.2012.680189
- Masten, A. S. (2004). Regulatory processes, risk and resilience in adolescent development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 310-319. doi:10.1196/annals.1308.036
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 496-505. doi:10.1016/j.cpr.2009.05.003
- Merikangas, K. R., He, J. P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., & Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 125, 75-81. doi:10.1542/peds.2008-2598
- Motoca, L. M., Williams, S., & Silverman, W. K. (2012). Social skills as a mediator between anxiety symptoms and peer interactions among children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 329-336. doi:10.1080/15374416.2012.668843
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., & Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1105-1111. doi:10.1016/j.paid.2005.04.005
- Nederlands Jeugd Instituut. (2002). Children's Depression Inventory. Verkregen via: <http://www.cotandocumentatie.nl/resultaten.php>
- Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, J. A., & Norgate, R. (2012). Anxiety and depression in academic performance: An exploration of the mediating factors of worry and working memory. *School Psychology International*, 33, 433-449. doi:10.1177/0143034311427433

- Owens, M., Stevenson, J., Norgate, R., & Hadwin, J. A. (2008). Processing efficiency theory in children: Working memory as a mediator between trait anxiety and academic performance. *Anxiety, Stress and Coping, 21*, 417–430. doi:10.1080/10615800701847823
- Siddique, H. I., LaSalle-Ricci, V. H., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Diaz, R. J. (2006). Worry, optimism, and expectations as predictors of anxiety and performance in the first year of law school. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 667-676. doi:10.1007/s10608-006-9080-3
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Wilcoxon-Craighead, L., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the children's depression inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology, 14*, 25-39. doi:10.1007/BF00917219
- Spear, L. P. (2008). The psychobiology of adolescence. *The Search Institute Series on Developmentally Attentive Community and Society, 5*, 263-280. doi:10.1007/978-0-387-72721-9_12
- Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 243–258. doi:10.1016/0005-7967(94)00063
- Thaler, N. S., Kazemi, E., & Wood, J. J. (2010). Measuring anxiety in youth with learning disabilities: Reliability and validity of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *Child Psychiatry Human Development, 41*, 501-514. doi:10.1007/s10578-010-0182-5
- Timbremont, B., Braet, C., & Driessens, L. (2004). Assessing depression in youth: Relation between the children's depression inventory and a structured interview. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 149–157. doi:10.1207/S15374424JCCP3301_14
- Valas, H. (1999). Students with learning disabilities and low-achieving students: Peer acceptance, loneliness, self-esteem, and depression. *Social Psychology of Education, 3*, 173-192. doi:10.1023/A:1009626828789
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 561-571. doi:10.1016/S0887-6185(02)00228-1
- Van Brakel, A. M. L., Muris, P., Bögels, S. M. B., & Thomassen, C. (2006). A multifactorial model for the etiology of anxiety in non-clinical adolescents: Main and interactive effects of behavioral inhibition, attachment and parental rearing. *Journal of Child and Family Studies, 15*, 569–579. doi:10.1007/s10826-006-9061
- Van Oort, F. V. A., Greaves-Lord, K., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Huizink, A. C. (2009). The developmental course of anxiety symptoms during adolescence: The TRAILS study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 1209-1217. doi:10.1111

/j.1469-7610.2009.02092

- Van Oort, F. V. A., Ormel, J., & Verhulst, F. C. (2012). Angstsymptomen bij adolescenten; bevindingen uit de trails-studie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *54*, 463–469.
- Vorst, H. C. M. (2000). Schoolvragenlijst [School Attitude Questionnaire]. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherril, J. T., Ginsburg, G. S., . . . Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England Journal of Medicine*, *359*, 2753-2766. doi:10.1056/NEJMoa0804633